

Chapitre 10 : Céphalées aiguës et chroniques chez l'adulte et l'enfant

ATCD et circonstances d'apparition pouvant orienter le diagnostic d'une céphalée récente inhabituelle :

- **Âge > 50 ans** : artérite temporale (maladie de Horton).
- **Facteurs de risque vasculaire** : AVC (infarctus ou hémorragie).
- **Facteurs de risque de thrombose veineuse** (contraception orale, thrombose veineuse des membres inférieurs) : thrombose veineuse cérébrale.
- **Fièvre** : causes infectieuses (méningite ou infection générale).
- **Infection par le VIH non contrôlée** : toxoplasmose cérébrale, méningite à cryptocoque.
- **Néoplasie** : métastase, méningite carcinomateuse.
- **Ponction durelle récente** : hypotension intracrânienne.
- **Post-partum** : syndrome de vasoconstriction réversible (SVCR), éclampsie, thrombose veineuse cérébrale, hypotension intracrânienne (si ponction péridurale).
- **Prise de substances vasoactives** (cannabis, cocaïne, ecstasy, amphétamines, lysergide ; inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, IMAO ; α -sympathomimétiques-décongestionnants nasaux, (nor)épinéphrine ; triptans ; dérivés de l'ergot de seigles) : SVCR.
- **Traumatisme crânien** : hémorragie cérébrale, hématome sous-dural.
- **Traumatisme rachidien mineur** : dissection artérielle cervicale, hypotension intracrânienne.
- **Survenue brutale à l'effort ou orgasmique** : hémorragie sous-arachnoïdienne, SVCR.
- **Survenue brutale lors des manœuvres de Valsalva** (toux, défécation, éternuement) : SVCR, hypertension intracrânienne aiguë.
- **Survenue brutale lors de mictions, du bain ou d'une douche** : SVCR.
- **Symptômes ORL** : sinusite compliquée.

Signes et symptômes pouvant orienter le diagnostic d'une céphalée récente inhabituelle :

- **Altération de l'état général $\pm$ claudication de la mâchoire** : artérite temporale (Horton).
- **Crise comitiale $\pm$ déficit neurologique focal** : HSA, AVC, thrombose veineuse cérébrale, SVCR, méningo-encéphalite, tumeur.
- **Fièvre** : causes infectieuses (méningite ou infection générale).
- **Perte de connaissance lors d'une céphalée brutale** : hémorragie sous-arachnoïdienne (environ 50 % des cas), tumeur intraventriculaire (kyste colloïde du 3^e ventricule).
- **Raideur méningée** : HSA, méningite.
- **Syndrome de Claude Bernard-Horner, acouphène pulsatile, paralysie linguale (XII)** : dissection de l'artère carotide interne homolatérale.
- **Mydriase unilatérale $\pm$ autres signes de paralysie du nerf III** : anévrisme intracrânien comprimant le III.
- **Diplopie, paralysie d'un ou des deux VI** : hypertension intracrânienne, hypotension intracrânienne.
- **Hémianopsie bitemporale** : apoplexie pituitaire.
- **Cécité monoculaire transitoire** : dissection carotidienne (sujet jeune), artérite temporale (sujet âgé).
- **Œdème papillaire** : hypertension intracrânienne.
- **Aggravation en position allongée** : HSA, hypertension intracrânienne, sinusite bloquée.
- **Aggravation en position debout** : hypotension intracrânienne.
- **Aggravation par les efforts à glotte fermée** : hypertension intracrânienne, hypotension intracrânienne.
- **Anomalies ECG** : HSA, ischémie myocardique et douleur projetée.
- **Asymétrie tensionnelle** aux membres supérieurs : dissection de l'aorte ascendante.
- **Hypertension artérielle** : HSA, éclampsie, SVCR, encéphalopathie hypertensive.

Céphalées inhabituelles à début BRUTAL

Hémorragie sous-arachnoïdienne	▪ 10-30% des céphalées brutales ▪ Céphalée d'apparition explosive, coup de tonnerre, intensité +++ ▪ + autres signes d'un syndrome méningé ▪ Existe des céphalée « sentinelle » (HSA de faible abondance précédant HSA massive) ▪ <u>Diagno</u> : scanner cérébral en URGENCE. (IRM) ▪ Si imagerie normale => PL : coloration jaune (xanthochromie) ▪ Anévrisme rompu dans 80% des cas
Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible (angiopathie cérébrale aigüe réversible)	▪ Céphalées aigües isolées de 5min-qq heures, provoquées par effort/manœuvre Valsalva/coït, répétition sur 1-3 semaines ▪ +/- Crises comitiales, déficits focaux ▪ <u>Définition radiologique</u> : vasoconstriction des artères cérébrales, réversible en 3 mois ▪ <u>Complications éventuelles</u> : hémorragie, infarctus cérébraux ▪ Survient dans post-partum ou après exposition à des substances vasoactives ▪ Angiographie cérébrale : sténoses artérielles segmentaires et diffuses ▪ <u>Traitement</u> : repos, arrêt substances vasoactives, inhibiteur calcique (nimodipine)
Causes plus rares	Détectées par scanner : hémorragies intracrâniennes, infarctus (visibles après 3h, IRM + sensible (diffusion, ADC)), hydrocéphalie, tumeurs cérébrales. AVC et tumeurs : présence de déficit focal
	▪ PL : méningites
	Scanner et PL normaux : dissections cervicales, thromboses veineuses cérébrales, SVCR, encéphalopathie hypertensive, artérite temporale, nécroses pituitaires, AVC ischémiques (si scanner très précoce), syndromes d'hypotension intra-crânienne
	Dissection d'une artère cervicale : ▪ Cervicalgie et/ou céphalée récente à début brutal ▪ Dissection carotidienne : cervicalgie unilatérale + céphalée ipsilatérale frontale et temporale + CBH + acouphènes pulsatiles + paralysie des derniers nerfs crâniens ▪ Dissection vertébrale : cervicalgies (torticolis) + céphalée postérieure. Penser à rechercher une hémorragie sous-arachnoïdienne ▪ Diagnostic : angioscanner cervical et IRM => rétrécissement artériel avec hématome de la paroi ▪ <u>Traitement</u> : antithrombotique

Céphalées récentes à début PROGRESSIF

Méningites et méningo-encéphalites	▪ Céphalée fébrile + syndrome méningé ▪ PL ++ ▪ Traitement anti-herpétique (aciclovir) au moindre doute ▪ Méningites aseptiques au cours de certains cancers et maladies inflammatoires
Syndromes d'HTIC	▪ URGENCE car risque d'engagement ▪ IRM/scanner +++ : recherche de : ○ Processus expansif intra-crânien : - +/- signes focaux progressifs - <u>Imagerie</u> : hydrocéphalie, abcès, tumeur, hémome sous-dural ○ Thrombose veineuse cérébrale (TVC) : - +/- autres signes d'HTIC - Signes focaux bilatéraux à bascule - Contexte particulier (femme jeune, post-partum). - <u>Risque complications</u> : infarctus veineux avec lésions œdémateuses souvent hémorragiques - <u>Diagnostic</u> : imagerie cérébrale et du système veineux par IRM ou angioscanner - Traitement anticoagulant +/- PL évacuatrice ▪ HTIC idiopathique : - Jeunes femmes obèses ou prise de médicaments ou maladie métabolique - Céphalée + éclipses visuelles + œdèmes papillaires bilatéraux

	- <u>Complication</u> : atrophie optique avec cécité - <u>Diagnostic</u> : normalité imagerie cérébrale, mesure de pression du LCS, normalité de la composition du LCS - <u>Traitement</u> : PL soustractive, acétazolamide, perte de poids
Syndromes d'hypotension intracrânienne	Céphalée post-ponction durale : ▪ Liée à baisse de pression du LCS suite à brèche iatrogène (PL, anesthésie péridurale, rachianesthésie, infiltration épidurale, neurochirurgie) ▪ Apparaît qq heure après le geste, dépend de l'aiguille ▪ <u>Diagnostic clinique</u> : céphalée posturale orthostatique, disparaissant en – de 15 min en décubitus ▪ IRM montre mêmes signes que hypotension intra-crânienne idiopathique Hypotension intra-crânienne idiopathique : ▪ Due à fuite de LCS par brèche durale spontanée/apparue après trauma rachidien mineur ▪ Céphalée posturale, cervicalgies, acouphènes, hypoacousie, nausées, +/- diplopie horizontale (paralysie VI) ▪ <u>IRM</u> : rehaussement intense des méninges après injection, déplacement craniocaudal des structures encéphaliques +/- aspect collabé des ventricules ▪ <u>Complications possibles</u> : hématome sous-dural, thrombose veineuse cérébrale <u>Traitement</u> : injection péridurale de sang autologue (blood-patch)
Céphalée post-traumatique aigüe	▪ Apparaît moins de jours après un traumatisme crânien
Maladie de Horton ou artérite temporale	▪ Sujet >50ans ▪ Céphalée temporale, recrudescence nocturne/matinale, hyperesthésie du cuir chevelu ▪ Signes généraux évocateurs : artère temporale indurée douloureuse non pulsatile, altération de l'état général, pseudo-polyarthrite rhizomélisque, NOIAA, infarctus cérébraux, claudication de la mâchoire ▪ <u>Diagnostic</u> : mesure VS et CRP (syndrome inflammatoire majeur), biopsie de l'artère temporale ▪ <u>Traitement</u> : corticothérapie
Affections ophtalmologiques et ORL	Sinusites aigües : ▪ Céphalées intenses, augmentée quand tête penchée/décubitus/pression régions sinusiennes +/- fièvre ▪ <u>Diagno</u> : examen ORL et scanner des sinus Glaucome aigu à angle fermé : ▪ Douleur périorbitaire sévère, rougeur oculaire, trouble visuel unilatéral +/- mydriase aréactive ▪ <u>Diagno</u> : mesure de pression intra-oculaire Affection rhumatologique : ▪ Arthrose sévère et/ou conflit discoradiculaire, séquelles de fracture/luxation, PR ▪ Céphalées postérieures avec contractures musculaires paravertébrales
Intoxication au monoxyde de carbone	▪ Céphalée précède signes + graves (vertiges, troubles visuels, asthénie, sensation ébrieuse) ▪ Y penser si céphalée nocturne ou dans une pièce particulière ▪ <u>Diagno</u> : taux de carboxyhémoglobine HbCO (confusion et coma si >30%) + bilan cardiaque (myocardiopathie ?) ▪ <u>Traitement</u> : oxygénothérapie hyperbare et éradication source contamination
Névralgies faciales et crâniennes symptomatiques	▪ Douleurs intenses brèves, décharges électriques/brûlures. ▪ Névralgies 2aires entraînent : hypoesthésie permanente et accès douloureux ▪ <u>Explorations</u> : IRM avec et sans injection

Traitement des céphalées récentes et inhabituelles :

→ Traitement symptomatique par antalgique non spécifique (paracétamol, Acupan®). Eviter aspirine et AINS

→ Traitement étiologique

Stratégie des examens complémentaires :

Scanner cérébral sans injection / IRMc +/-angioscanner/ARM

- **Scanner cérébral** : hyperdensité spontanée ? Hydrocéphalie ? Effet de masse ou œdème ? Processus expansif ? Sinusite ?
- **IRM** : lésions parenchymateuses ou hypophysaires ? Thrombose veineuse cérébrale ? Hypotension intracrânienne ? Hémorragie sous-arachnoïdienne (T2 FLAIR, T2*) ? Dissection artérielle (T1 FAT-SAT) ?
- **Angiographie cervicale et cérébrale** : anévrisme ? Vasospasmes ? Dissection ?
- **PL** :
 - Réalisée en 1^{ère} intention devant syndrome méningé fébrile en l'absence de troubles de la conscience ou de signes neurologiques focaux
 - Est effectuée après scanner normal pour rechercher HSA ou méningite
 - Indication de la PL pour un syndrome d'HTIC si scanner normal (mesure de pression, recherche de cause méningée, soulagement de la céphalée)
 - CI : troubles de hémostasie sévères et HTIC avec menace d'engagement
- **Autres examens complémentaires** : biologie, écho-doppler cervical, examen ophtalmologique, scanner des sinus et examen ORL